

# Ausfüllanleitung

Bitte beachten Sie, dass einige Unfallversicherungsträger ein eigenes Formular vorschreiben. Informieren Sie sich dafür bei der für Ihr Unternehmen zuständigen Berufsgenossenschaft / Unfallkasse.

Für eine korrekte Abrechnung mit ihrem Unfallversicherungsträger ist dieses Formular:  
**am Seminartag - im Original - vollständig ausgefüllt**  
dem Trainer / der Trainerin auszuhändigen.

Dieses Formular wird maschinell verarbeitet und gespeichert!

Nutzen Sie bitte die elektronische Formularfunktion dieses Dokuments. Ansonsten füllen Sie es mit einem schwarzen oder dunkelblauen Stift aus. Vielen Dank!

## Anmeldeformular

### Aus- und Fortbildung für betriebliche Ersthelfer

Anschrift des Mitgliedsbetriebes

Name / Firmierung des Unternehmens

Strasse Hausnr.

Strasse und Hausnummer des Unternehmens

PLZ Ort

Postleitzahl und Ort des Unternehmens

Diesen Bereich bitte nicht ausfüllen

Zuständiger Unfallversicherungsträger:  
(Berufsgenossenschaft, Unfallkasse)

Zuständige Berufsgenossenschaft für das Unternehmen

Mitgliedsnummer / Versicherungsnummer:

Mitgliedsnummer des Unternehmens bei der BG

### Teilnahmeliste

Die Teilnahmeliste ist vom Unternehmen auszufüllen.  
Die Teilnahme ist von den Teilnehmenden am Tag des Kurses durch Unterschrift zu bestätigen.

Bestätigung  
durch die  
Ausbildungsstelle

	Name, Vorname	Geburtsdatum	Unterschrift		
1	Name und Vorname des Teilnehmers (in Druckbuchstaben)	Geburtsdatum des Teilnehmers	Unterschrift des Teilnehmers	Diesen Bereich bitte nicht ausfüllen	
2		.	.		
3		.	.		
4		.	.		
5		.	.		
6		.	.		
7		.	.		
8		.	.		
9		.	.		
10		.	.		

### Bestätigung durch das Unternehmen

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Unternehmens

Tragen Sie hier bitte den Ort und das Datum ein

Stempel des Unternehmens

Unterschrift des/der Verantwortlichen

### Bestätigung durch die Ausbildungsstelle

Diesen Bereich bitte nicht ausfüllen